



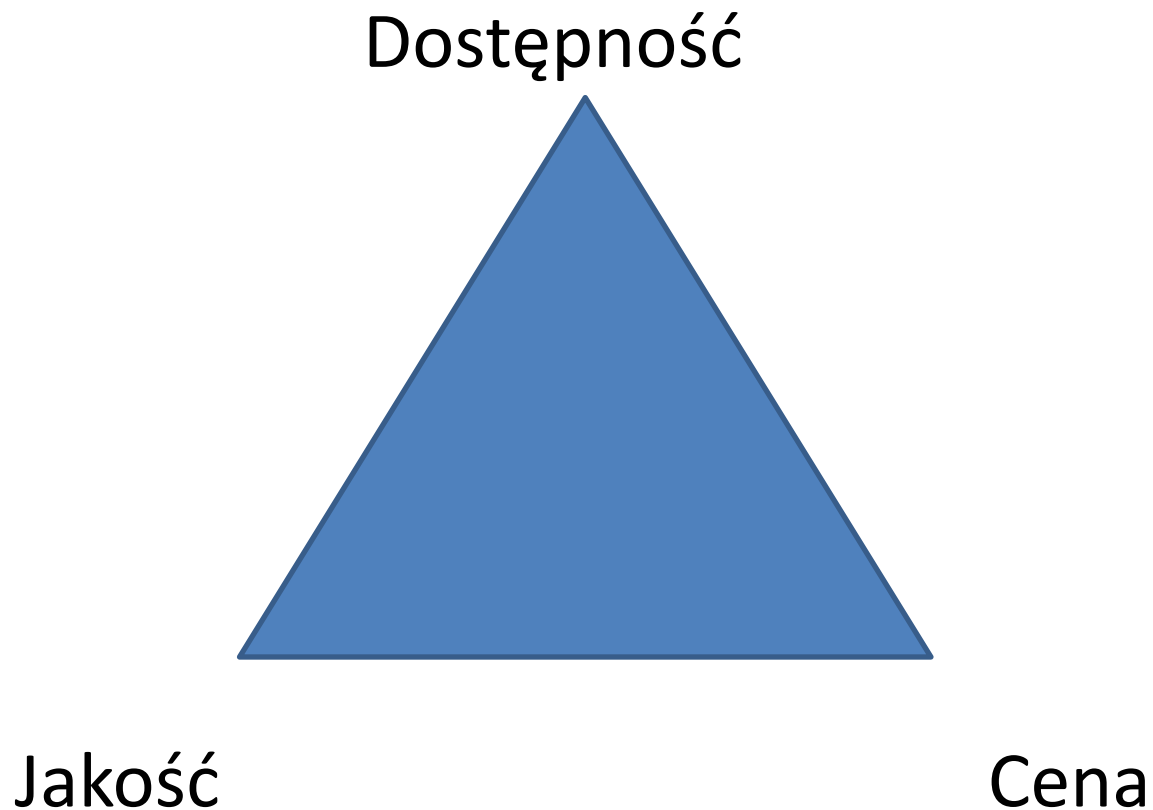
Dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej – „Pacjenci bez granic”.

Ewa Borek, Fundacja MY Pacjenci

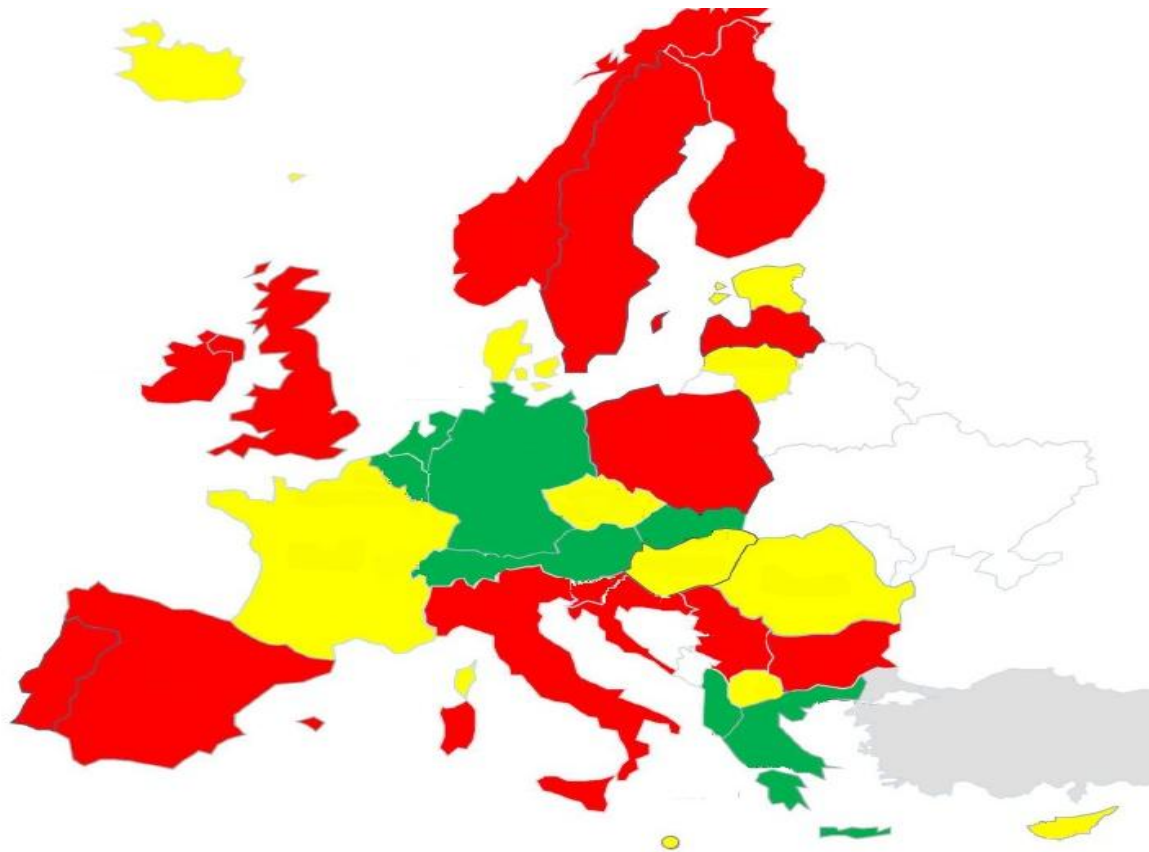
PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ



Czego potrzebują pacjenci?



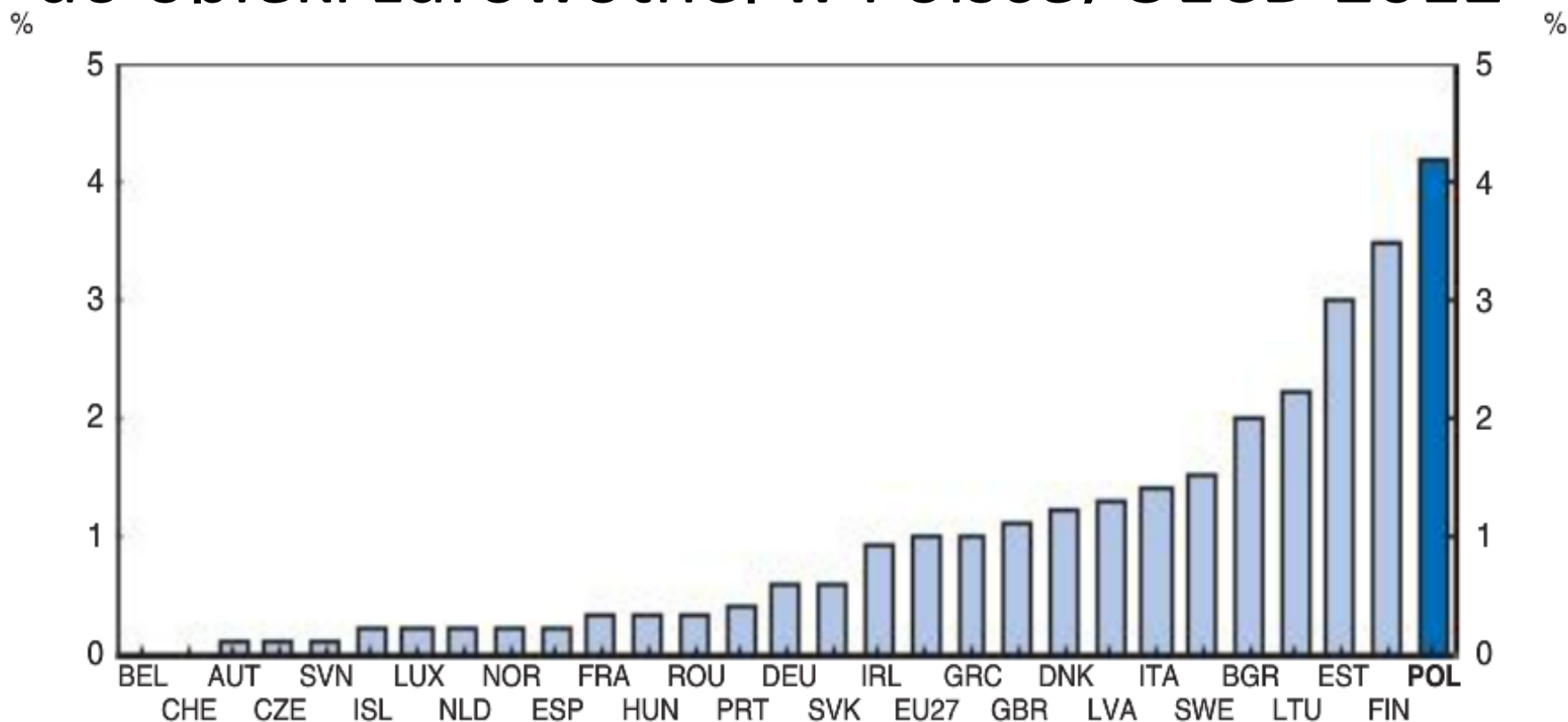
Jedna Europa, dwa światy



Długie kolejki oczekujących

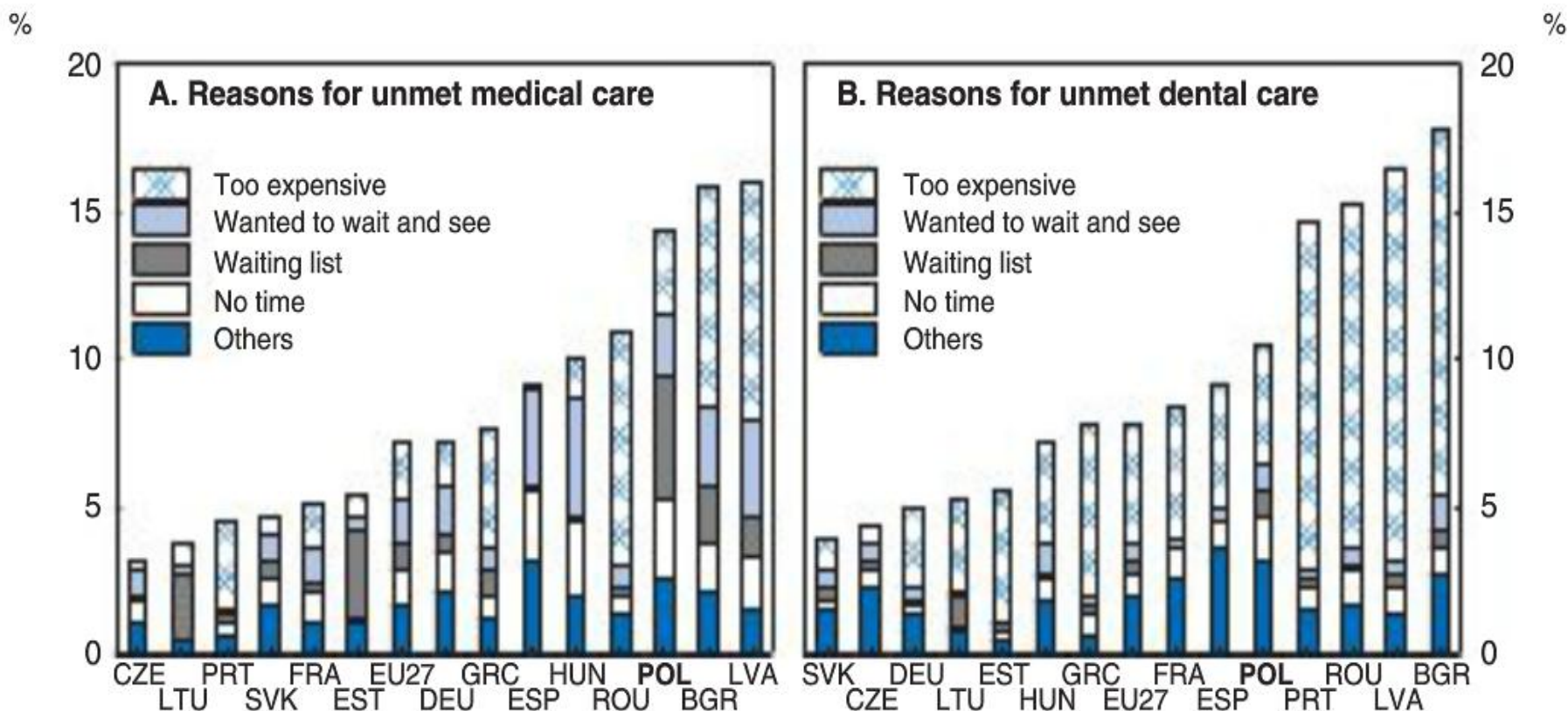
Bez kolejek

Kolejki ograniczają dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce. OECD 2012



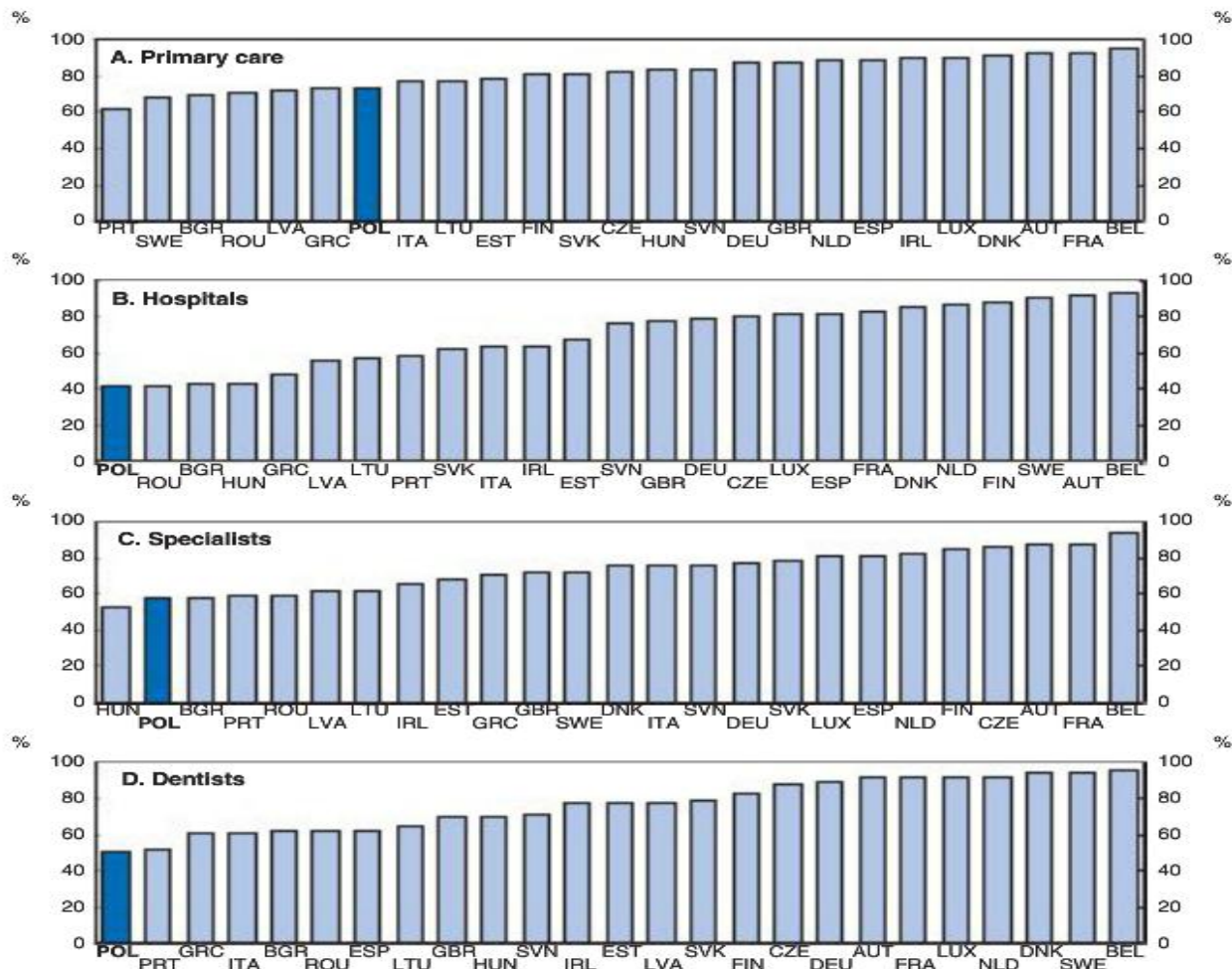
Rezygnacja z wizyty w wyniku długiej kolejki do świadczeń, % populacji powyżej 16 rż

Przyczyny rezygnacji z wizyt u lekarza wg OECD 2012



% populacji powyżej 16 roku życia

Jakość opieki zdrowotnej w EU27



Wg Improving the health care system, OECD 2012, % respondentów określających ochronę zdrowia jako dobrą lub bardzo dobrą

Jakość europejskich systemów ochrony zdrowia

EuroHealth Consumer Index 2012

Sub-discipline	Indicator	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access																	
	2.2 Direct access to specialist																	
	2.3 Major elective surgery <90 days																	
	2.4 Cancer therapy < 21 days																	
	2.5 CT scan < 7days																	
	Subdiscipline weighted score	133	117	183	233	183	200	83	117	117	167	117	200	133	100	100	233	133
3. Outcomes	3.1 Heart infarct case fatality																	
	3.2 Infant deaths																	
	3.3 Cancer deaths relative to incidence																	
	3.4 Preventable Years of Life Lost																	
	3.5 MRSA infections																	
	3.6 Caesarean sections																	
	3.7 Undiagnosed diabetes																	
	3.8 Depression											n.a.					n.a.	

Pacjenci chcą się leczyć w swoim kraju

- Bariera geograficzna – transport, noclegi, koszty
- Bariera językowa
- Problem opieki po leczeniu, zdarzeń niepożądanych
- Bariery systemowe – poruszanie się w obcym systemie opieki zdrowotnej
- Cross border health services in EU report 2007 potwierdza, że na opiekę transgraniczną został w 2007 roku wydany zaledwie 1% wydatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną w skali UE

Geneza Dyrektywy – potrzeby pacjentów

- **Leczenie za granicą jest zawsze wyrazem determinacji pacjentów w dążeniu do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych**
- Zdeterminowani pacjenci poszukiwali pomocy za granicą wobec braku możliwości uzyskania tej pomocy w ich własnym kraju
- ETS rozstrzygał sprawy o zwrot kosztów opieki transgranicznej na korzyść pacjentów
- Watts 2002 – wymiana stawu biodrowego
- Kohl/Decker 1998 – zakup okularów i aparatu ortodontycznego
- Van Braekel 1990 – operacja choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych
- Peerbooms/Smiths 2001 - choroba Parkinsona i śpiączka

Dlaczego Dyrektywa w UE

- Niepewność co do zasad udzielania i rozliczania kosztów opieki medycznej za granicą
- ETS konsekwentnie przyznaje pacjentom prawo do opieki medycznej w innym państwie i do zwrotu kosztów takiego leczenia
- Zróżnicowane interpretacje przepisów przez rządy państw członkowskich
- Potrzeba ujednoliconej interpretacji zasad mobilności pacjentów w ramach UE z przyczyn zdrowotnych

Terminarz prac nad Dyrektywą

- Od lipca 2008 do stycznia 2010 – prace Komisji Europejskiej
- 19.01.11 Stanowisko Parlamentu Europejskiego
- Publikacja w dzienniku ustaw - luty 2011
- Implementacja w krajach członkowskich 30 miesięcy
- Data wejścia w życie 25 października 2013

Cele główne Dyrektywy

Zapewnienia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich UE możliwości swobodnego korzystania z opieki medycznej za granicą poprzez:

- zagwarantowanie bezpiecznej i efektywnej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości
- jasne określenie praw do zwrotu kosztów świadczeń uzyskanych w innych państwach członkowskich

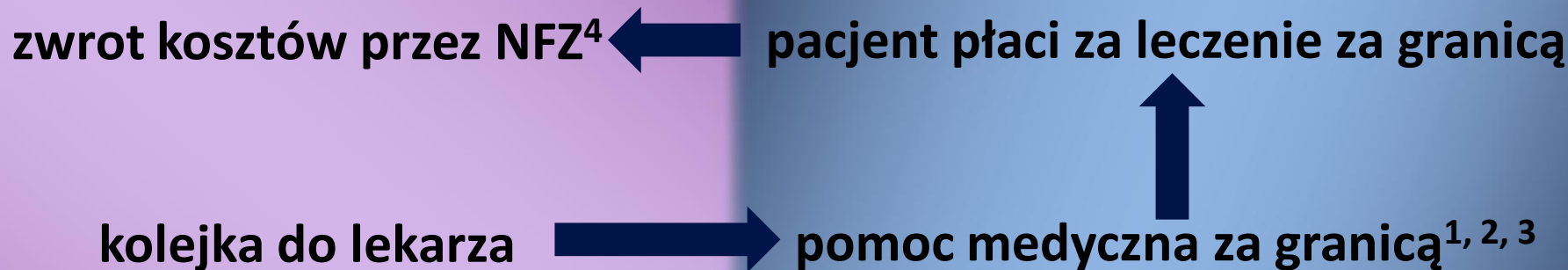
Wpływ Dyrektywy na:

- Prawa pacjentów
- Systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich
- Systemy ubezpieczeniowe państw członkowskich
- Jakość i dostępność opieki zdrowotnej
- Ochronę danych osobowych
- Współpracę między państwami
- Współpracę między świadczeniodawcami

SCHEMAT PRZEPŁYWÓW PACJENTÓW I PŁATNOŚCI W TRANSGRANICZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

POLSKA

UNIA EUROPEJSKA



1 dyrektywa nie obejmuje przeszczepów, opieki długoterminowej oraz szczepień

2 nie jest potrzebna zgoda na leczenie nie wiążące się z pobytem w szpitalu i użyciem wysokokosztowej infrastruktury i aparatury medycznej

3 ma powstać lista procedur, na które potrzebna jest zgoda NFZ. W projekcie tej listy znajdują się m.in. programy lekowe, badania izotopowe, genetyczne, radioterapia, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny.

4 NFZ zwraca tyle, ile za dane świadczenie płaci lecznicom w Polsce

Wyłączenie z Dyrektywy

- Przeszczepy narządów
- Opieka długoterminowa
- Szczepienia ochronne

Leczenie za granicą – stan do 25.10.13

- Leczenie planowe
 - Na podstawie uzyskania wcześniejszej zgody Prezesa NFZ dla obywateli ubezpieczonych w Polsce
- Leczenie w stanach nagłych
 - Na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
 - brak karty skutkuje koniecznością poniesienia zapłaty za usługę zdrowotną z późniejszą możliwością zwrotu poniesionych kosztów przez NFZ
- Leczenie jest obecnie w całości refundowane według stawek obowiązujących w państwie, w którym świadczenie zostało udzielone

Główne zmiany – leczenie planowe bez zgody Prezesa NFZ

- państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia **zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej**, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w koszyku świadczeń w państwie członkowskim ubezpieczenia
- Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia **do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia**, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej

Zasady korzystania z usług medycznych za granicą od 2014

- Co do zasady, pacjenci mają prawo korzystać za granicą z usług medycznych, do których są uprawnieni we własnym kraju.
- Pacjent jest zobowiązany do uiszczenia opłaty za świadczenie wykonane za granicą. Zwrotu kosztów dokonuje później właściwa instytucja w kraju pochodzenia świadczeniobiorcy (w Polsce – NFZ).
- W wypadku świadczeń pozaszpitalnych pacjent nie musi udowadniać konieczności leczenia za granicą (np. z powodu zbyt długich kolejek osób oczekujących na zabieg w kraju) ani uzyskiwać na nie odrębnej zgody

Zasady cd.

- Pacjent musi jednak wziąć pod uwagę konieczność zapłaty za zabieg, a potem czekania na zwrot – być może nie wszystkich – kosztów.
- W wypadku hospitalizacji państwa członkowskie mogą wprowadzić system uprzednich zgód na leczenie zagraniczne, tłumacząc to np. masową liczbą podobnych przypadków albo obawą przed zbyt wysokim obciążeniem dla krajowego budżetu. Zapis ten pozwala krajom członkowskim ograniczyć swobodę wyboru pacjenta w zakresie świadczeń szpitalnych.

Zasady cd,

- Wybierając się na leczenie za granicę, pacjent nie będzie nabywał żadnych dodatkowych praw. Nie może więc liczyć na zwrot kosztów zabiegów (np. operacji plastycznej albo aborcji), które nie przysługiwałyby mu w jego kraju, nawet jeśli za granicą są wykonywane w ramach ubezpieczenia.
- Nowa dyrektywa wprowadza odpowiedzialność państwa przyjmującego za zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do usług medycznych. To oznacza, że zagraniczny pacjent może być poddany także takim samym rygorom (np. konieczność konsultacji z lekarzem ogólnym przed wizytą u specjalisty, uzyskania skierowania na badania lub do specjalisty itd.).

Zasady cd.

- Dyrektywa ma także zapewnić wzajemne uznawanie recept, przyspieszyć procedury zwrotu kosztów i zapewnić możliwość odwołania od decyzji związanych z korzystaniem z usług medycznych za granicą. Krajowe punkty kontaktowe mają zapewniać wszelkie informacje w tym zakresie.
- Nowa dyrektywa nie zmienia zasad leczenia i zwrotu kosztów w nagłych przypadkach podczas pobytu za granicą. Ubezpieczeni u siebie obywatele innych krajów UE mają takie same prawa, jak mieszkańcy kraju, w którym skorzystali z koniecznej pomocy lekarskiej. W takich przypadkach pokrywane są wszystkie koszty w pełnej wysokości.

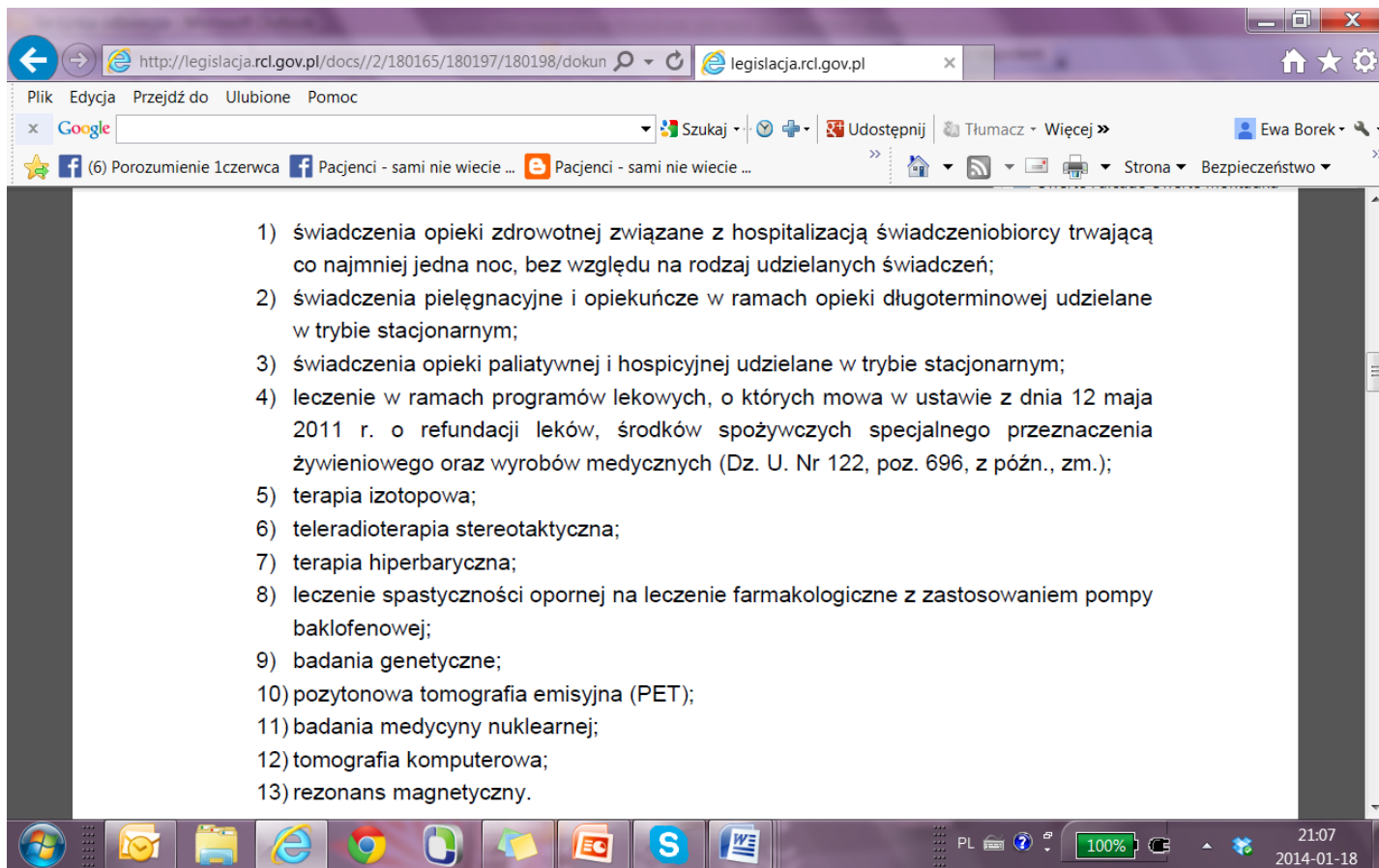
Świadczenia ambulatoryjne – wąskie gardło systemu

- Świadczenia nie wymagające pobytu pacjenta dłuższego niż jedna noc, tj. diagnostyka, opieka specjalistyczna, chirurgia w trybie jednodniowym
- U świadczeniodawców publicznych i prywatnych, stanowiących część systemu zabezpieczenia zdrowotnego w kraju udzielania usług zdrowotnych
- Mogą być realizowane za granicą bez uprzedniej zgody NFZ!

Kiedy może być wprowadzona potrzeba uprzedniej zgody NFZ?

- Świadczenie obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc - **hospitalizacje**
- Występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej (**powstanie wykaz wysokokosztowych procedur dla których wymagana jest zgoda NFZ**)
- Świadczenie podlega wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym woli kontrolowania kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych technicznych i ludzkich

Wykaz świadczeń wymagających zgody NFZ – projekt 12.11.2013



The screenshot shows a web browser window with the URL <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/180165/180197/180198/dokun>. The browser's address bar and tabs are visible. The main content area displays a list of 13 medical services, numbered 1 through 13, which require consent from the National Fund for Health Care (NFZ). The list is as follows:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej związane z hospitalizacją świadczeniobiorcy trwającą co najmniej jedna noc, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- 2) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w trybie stacjonarym;
- 3) świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w trybie stacjonarym;
- 4) leczenie w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn., zm.);
- 5) terapia izotopowa;
- 6) teleradioterapia stereotaktyczna;
- 7) terapia hiperbaryczna;
- 8) leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej;
- 9) badania genetyczne;
- 10) pozytonowa tomografia emisyjna (PET);
- 11) badania medycyny nuklearnej;
- 12) tomografia komputerowa;
- 13) rezonans magnetyczny.

The browser's taskbar at the bottom shows various application icons, including Internet Explorer, Google Chrome, and Microsoft Word. The system clock in the bottom right corner indicates the time as 21:07 on 2014-01-18.

Odmowa wydania zgody przez NFZ

- Krajowe organy ochrony zdrowia mogą odmówić zgody, jeżeli dane świadczenie lub świadczeniodawca mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.
- Ponadto **zgoda może nie zostać wydana w sytuacji, gdy odpowiednia opieka zdrowotna może zostać zapewniona w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi w kraju.**
- Państwa członkowskie będą jednak musiały **uzasadnić odmowę** wydania zgody na leczenie oraz zapewnić pacjentom **możliwość odwołania od decyzji odmownej.**

Dokumentacja medyczna

- Państwo pochodzenia zapewni świadczeniodawcy z kraju, w którym będzie świadczona opieka zdrowotna (i vice versa), dostęp do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, zgodnie z przepisami dyrektywy o ochronie danych osobowych. Ścisła współpraca państw członkowskich w dziedzinie e-zdrowia zagwarantuje, że dane te będą w pełni czytelne i zrozumiałe. **Innymi słowy, systemy informatyczne w ochronie zdrowia będą w stanie się ze sobą „porozumieć”.** Taka sytuacja może być niezwykle korzystna nie tylko ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, ale także trwałość systemów opieki zdrowotnej.

Roszczenia i odszkodowania

- Nowe przepisy określają odpowiedzialność zarówno państwa, w którym świadczona jest opieka zdrowotna, jak i państwa ubezpieczenia w przypadkach skarg i odszkodowań. Krajowe Punkty Kontaktowe udzielą pacjentom niezbędnych informacji w tym zakresie.

Recepty

- Recepta wydana w innym państwie UE będzie uznawana w kraju pochodzenia pacjenta i na odwrót. Dzięki temu leczenie podjęte w innym państwie UE będzie odpowiednio kontynuowane po powrocie pacjenta do domu. Pacjent ma prawo otrzymać przepisany lek pod warunkiem, że jest on dopuszczony do sprzedaży i dostępny w kraju, gdzie zamierza go wykupić.
- Nowa dyrektywa wyposaży farmaceutów w niezbędne narzędzia do odczytywania transgranicznych recept (aby skuteczniej identyfikować przepisany lek oraz lekarzy i pacjentów).

Sieci referencyjne i HTA

- Sieć krajowych organów lub instytucji odpowiedzialnych za ocenę technologii medycznych doprowadzi do powstania stałej unijnej struktury współpracy państw w tej dziedzinie.
- Unijna współpraca w zakresie oceny technologii medycznych ma na celu dostarczanie obiektywnych i wiarygodnych informacji na temat efektywności technologii medycznych. Jest to działanie, które dodatkowo wspiera organy odpowiedzialne za ochronę zdrowia w podejmowaniu świadomych i opartych na ewidencji decyzji

Zobowiązania państw

- W każdym państwie członkowskim stworzony zostanie przynajmniej jeden Krajowy Punkt Kontaktowy, który będzie dostarczał pacjentom wszystkie istotne informacje.
- Państwa członkowskie dopilnują także, aby ich ośrodki referencyjne uczestniczyły w europejskiej sieci referencyjnej.
- Państwa członkowskie muszą też wdrożyć odpowiednie procedury administracyjne w zakresie korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zwrotu kosztów, w tym procedury rozpatrywania skarg oraz mechanizmy wyliczania kosztów.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – efekty pozytywne

- Pacjent wybiera świadczeniodawę podążając za jakością usług
- Pojawienie się zjawiska współpłacenia pacjentów za świadczenia
- Skrócenie kolejek – dziś czeka w nich 650 tyś. pacjentów
- Demonopolizacja NFZ
 - Zniesienie systemu kontraktacji
 - Zniesienie limitów świadczeń
 - Pieniądze idą za pacjentem a nie za kontraktem
- Rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń, które zagospodarują współpłacenie i zwrot kosztów z NFZ
- Pojawienie się mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia – konkurencja, poprawa jakości świadczeń, informacja o jakości i skuteczności

Zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – efekty negatywne

- Bankructwo publicznego płatnika NFZ
 - Wzrost wydatków szacowany na 3,2 mld pln – 5% obecnego budżetu NFZ
- Urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych
- Tworzenie szerokiej listy procedur specjalistycznych wymagających uzyskania zgody NFZ
- Uznaniowość i bariery administracyjne w wypłacaniu pacjentom zwrotu należnych kosztów świadczeń
- Nierówność podmiotów krajowych i zagranicznych, prywatnych i publicznych, pacjentów polskich i zagranicznych

Kto będzie się leczył za granicą?

- Mieszkańcy województw przygranicznych
- Polacy pracujący za granicą ubezpieczeni w ZUS i ICH RODZINY
- Pacjenci zdeterminowani stanem własnego zdrowia do szukania pomocy za granicą
 - Choroby rzadkie
 - onkologia

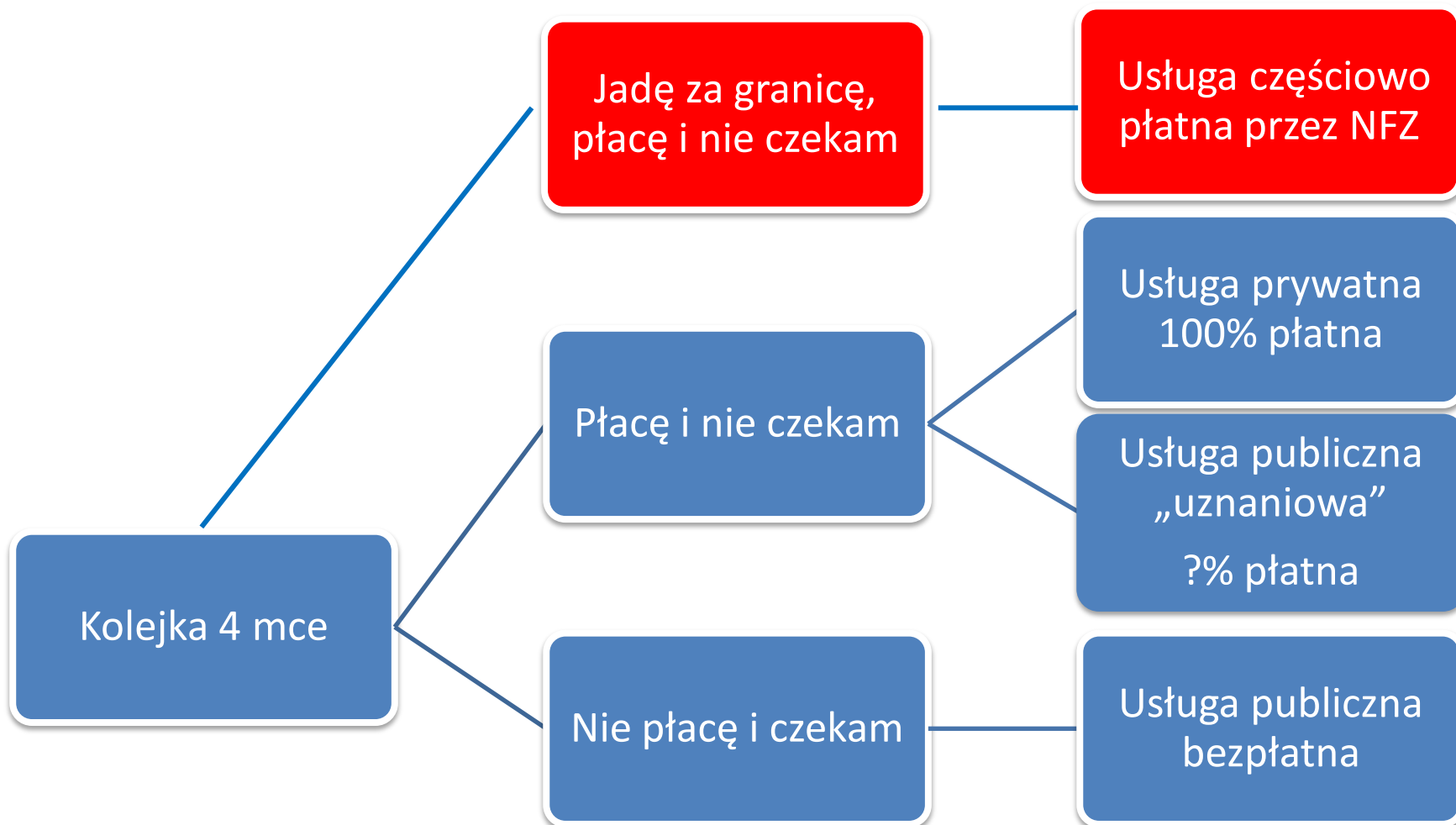
Obszary największych korzyści

- Tam gdzie są najdłuższe kolejki
- Diagnostyka i ambulatoryjne leczenie w onkologii
- Programy terapeutyczne niewymagające dłuższej niż jednodniowa hospitalizacji
- Zabiegi ambulatoryjne, chirurgia jednego dnia
- Specjalistyczna diagnostyka i opieka medyczna

Potrzeby polskich pacjentów

- Dostępność geograficzna
- Dostępność czasowa – czas oczekiwania
- Dostępność finansowa - taniej niż u prywatnego lekarza w Polsce
- Polski pacjent jeszcze nie pyta o jakość

Proces decyzyjny



Co widzi polski pacjent?

- Czechy operacja zaćmy taniej niż w Polsce
- Niemcy tomografia komputerowa, rezonans, PET w tych samych cenach
- Nie trzeba czekać
- Lepsza jakość informacji
- Lepsza jakość obsługi klienta
- Lepsza jakość opieki zdrowotnej
- WSPÓŁPŁACENIE SIĘ BARDZIEJ OPŁACA niż płacenie 100% w prywatnej placówce
- Dlaczego nie można współpłacić za świadczenia w Polsce?

Czy Kowalski wyjedzie się leczyć za granicą?

- Brak rozporządzeń wykonawczych oznacza drogę sądową dochodzenia zwrotu kosztów leczenia od NFZ
- Ograniczona implementacja Dyrektywy zaświadczenia, skierowania, zlecenia, zgody, tłumaczenia dokumentów, uznaniowość zwrotu środków przez NFZ, ograniczony budżet NFZ, skala zwrotu za świadczenia ambulatoryjne

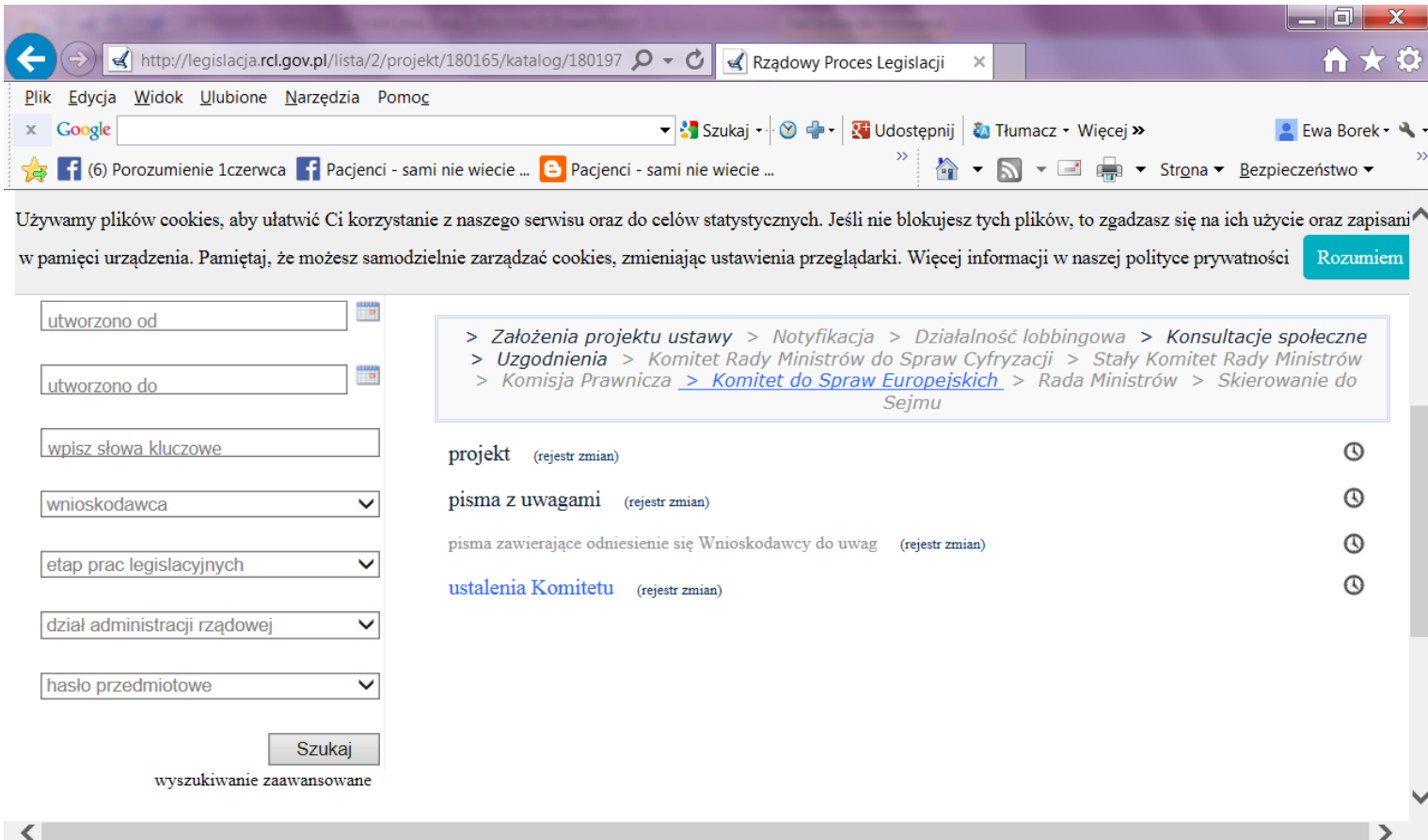
Czy zaryzykujemy?

- Czy zaryzykujemy leczenie ambulatoryjne za granicą i będziemy dochodzić zwrotu kosztów części leczenia od NFZ?
- Czy wystąpimy o zgodę NFZ na leczenie szpitalne za granicą i będziemy wnioskowali o zwrot kosztów części leczenia od NFZ?
- Czy będziemy się odwoływać od negatywnych decyzji i dochodzić swoich praw w sądach?

Wiele zależy od nas pacjentów!

- Wiedza i powszechna świadomość praw pacjentów i potencjalnych korzyści wynikających z Dyrektywy dla pacjentów
- Świadomy i proaktywny udział w konsultacjach społecznych dotyczących implementacji Dyrektywy w Polsce, żeby nie dopuścić do ograniczenia:
 - liczby i dostępności świadczeń, na które w świetle Dyrektywy nie jest wymagana zgoda NFZ
 - zawartości koszyka świadczeń i wyceny procedur
 - procedury zwrotu kosztów leczenia za granicą przez NFZ
 - procesu odwoławczego od negatywnej decyzji NFZ
 - Stworzenia długiej listy procedur na które potrzebna jest zgoda NFZ (na leczenie szpitalne i z użyciem wysokokosztowej infrastruktury i aparatury)

Status legislacyjny KSE 22.01.14



Używamy plików cookies, aby ułatwić Ci korzystanie z naszego serwisu oraz do celów statystycznych. Jeśli nie blokujesz tych plików, to zgadzasz się na ich użycie oraz zapisanie w pamięci urządzenia. Pamiętaj, że możesz samodzielnie zarządzać cookies, zmieniając ustawienia przeglądarki. Więcej informacji w naszej polityce prywatności [Rozumiem](#)

utworzono od

utworzono do

wpisz słowa kluczowe

wnioskodawca

etap prac legislacyjnych

dział administracji rządowej

hasło przedmiotowe

[Szukaj](#)

wyszukiwanie zaawansowane

[Założenia projektu ustawy](#) > [Notyfikacja](#) > [Działalność lobbująca](#) > [Konsultacje społeczne](#) > [Uzgodnienia](#) > [Komitet Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji](#) > [Stały Komitet Rady Ministrów](#) > [Komisja Prawnicza](#) > [Komitet do Spraw Europejskich](#) > [Rada Ministrów](#) > [Skierowanie do Sejmu](#)

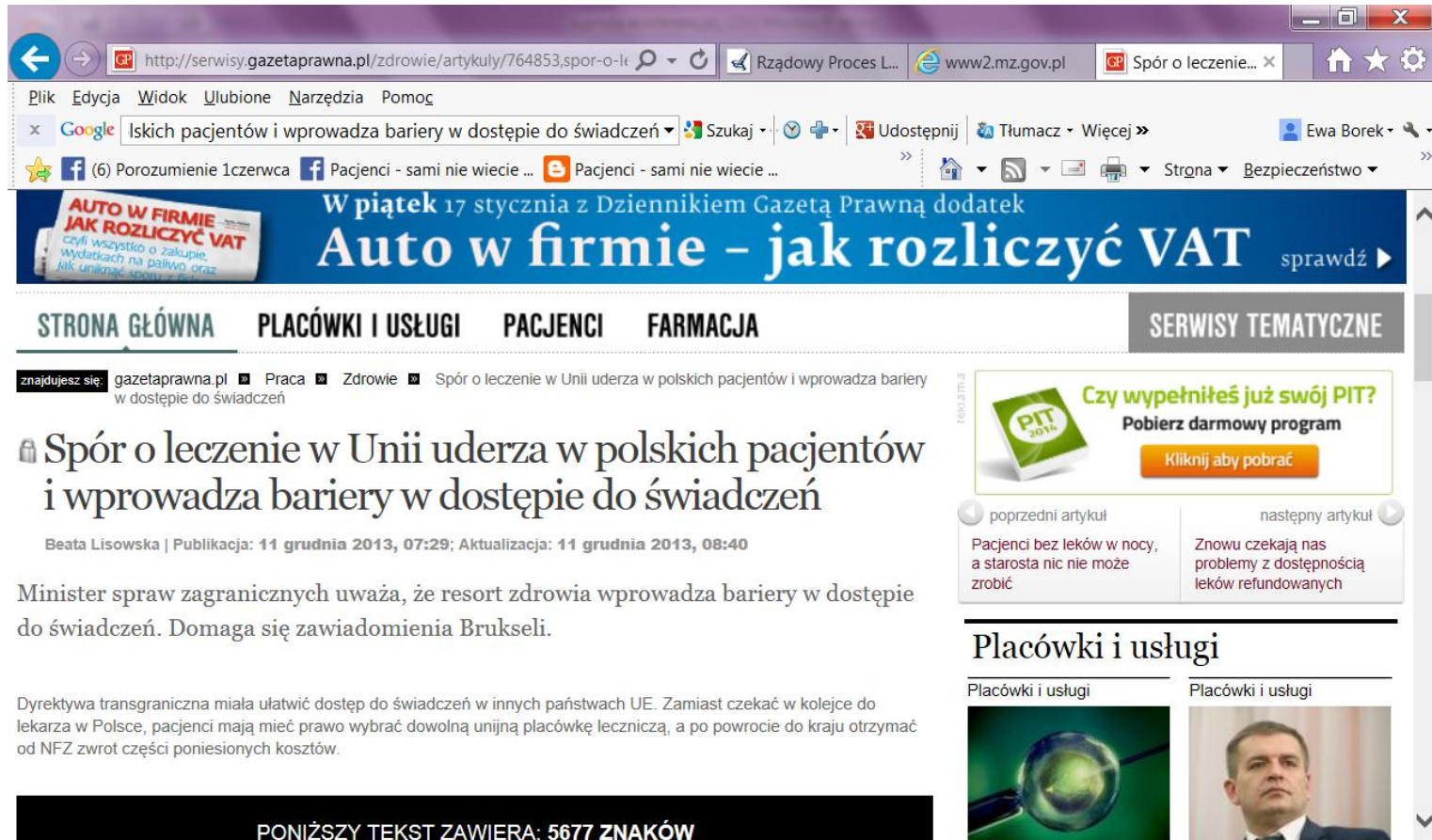
projekt (rejestr zmian)

pisma z uwagami (rejestr zmian)

pisma zawierające odniesienie się Wnioskodawcy do uwag (rejestr zmian)

ustalenia Komitetu (rejestr zmian)

Ministerstwo Spraw Zagranicznych



The screenshot shows a web browser window with the URL <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/764853,spor-o-lk>. The page features a blue header with navigation links like 'STRONA GŁÓWNA', 'PLACÓWKI I USŁUGI', 'PACJENCI', and 'FARMACJA'. A prominent banner for 'Auto w firmie - jak rozliczyć VAT' is visible. The main article is titled 'Spór o leczenie w Unii uderza w polskich pacjentów i wprowadza bariery w dostępie do świadczeń' (Dispute over treatment in the EU hits Polish patients and introduces barriers to access to services). The article is by Beata Lisowska, published on December 11, 2013. The text states that the Ministry of Foreign Affairs believes the health resort introduces barriers to access to services. It also mentions that the transnational directive aims to facilitate access to services in other EU countries. A sidebar on the right promotes the 'Czy wypełniłeś już swój PIT?' (Did you fill out your PIT yet?) program. At the bottom, there are sections for 'Placówki i usługi' (Clinics and services) and a photo of a man.

http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/764853,spor-o-lk

Plik Edycja Widok Ulubione Narzędzia Pomoc

Google Iskich pacjentów i wprowadza bariery w dostępie do świadczeń Szukaj Udostępnij Tłumacz Więcej Ewa Borek

(6) Porozumienie 1czerwca Pacjenci - sami nie wiecie ... Pacjenci - sami nie wiecie ...

AUTO W FIRMIE JAK ROZLICZYĆ VAT czyli wszystko o zakupie, wydatkach na paliwo oraz jak uniknąć problemów

W piątek 17 stycznia z Dziennikiem Gazetą Prawną dodatek **Auto w firmie – jak rozliczyć VAT** sprawdź ▶

STRONA GŁÓWNA PLACÓWKI I USŁUGI PACJENCI FARMACJA SERWISY TEMATYCZNE

znajdujesz się: gazetaprawna.pl Praca Zdrowie Spór o leczenie w Unii uderza w polskich pacjentów i wprowadza bariery w dostępie do świadczeń

Spór o leczenie w Unii uderza w polskich pacjentów i wprowadza bariery w dostępie do świadczeń

Beata Lisowska | Publikacja: 11 grudnia 2013, 07:29; Aktualizacja: 11 grudnia 2013, 08:40

Minister spraw zagranicznych uważa, że resort zdrowia wprowadza bariery w dostępie do świadczeń. Domaga się zawiadomienia Brukseli.

Dyrektywa transgraniczna miała ułatwić dostęp do świadczeń w innych państwach UE. Zamiast czekać w kolejce do lekarza w Polsce, pacjenci mają mieć prawo wybrać dowolną unijną placówkę leczniczą, a po powrocie do kraju otrzymać od NFZ zwrot części poniesionych kosztów.

Czy wypełniłeś już swój PIT?
Pobierz darmowy program
Kliknij aby pobrać

poprzedni artykuł Pacjenci bez leków w nocy, a starosta nic nie może zrobić

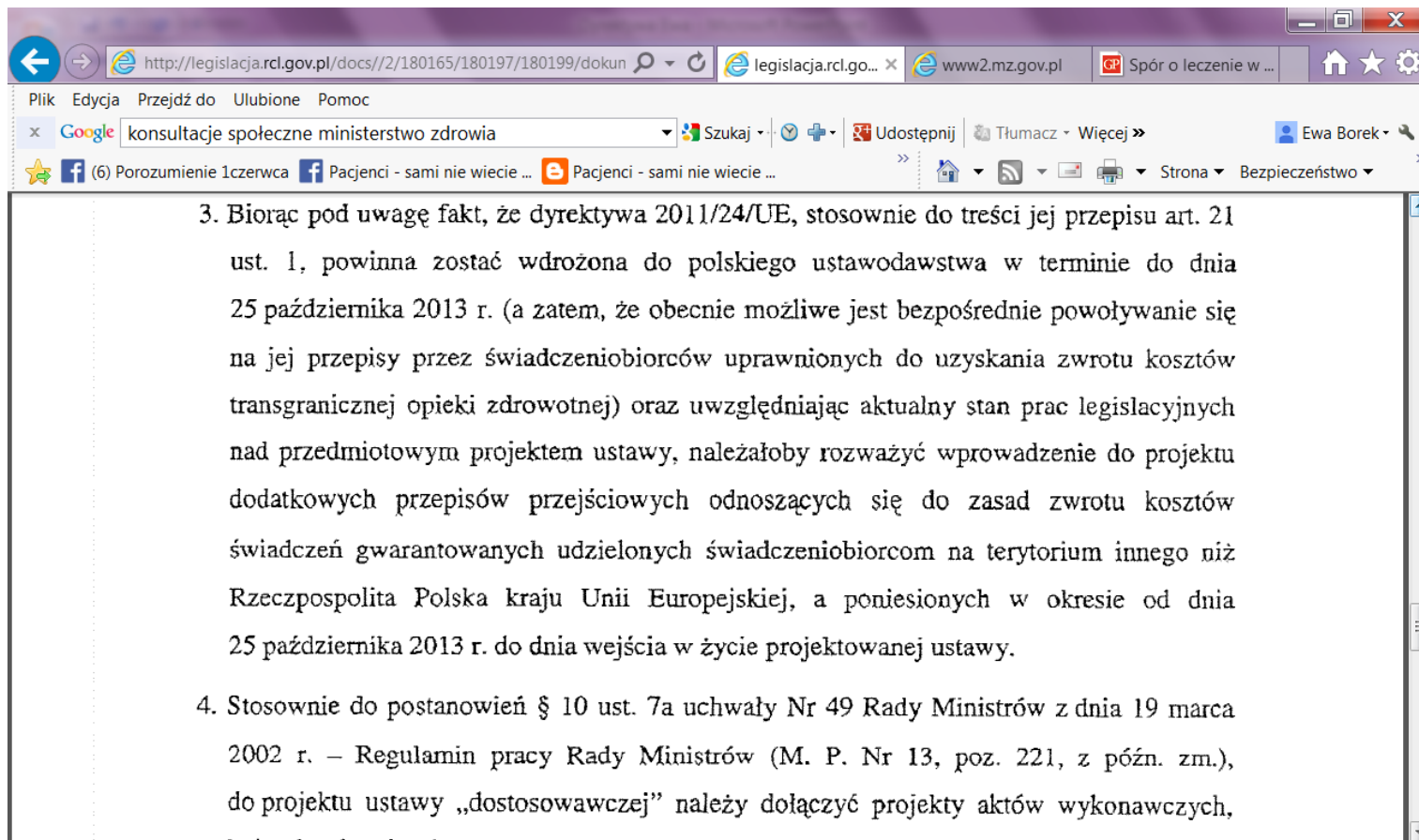
następny artykuł Znowu czekają nas problemy z dostępnością leków refundowanych

Placówki i usługi

Placówki i usługi Placówki i usługi

poniższy tekst zawiera: 5677 ZNAKÓW

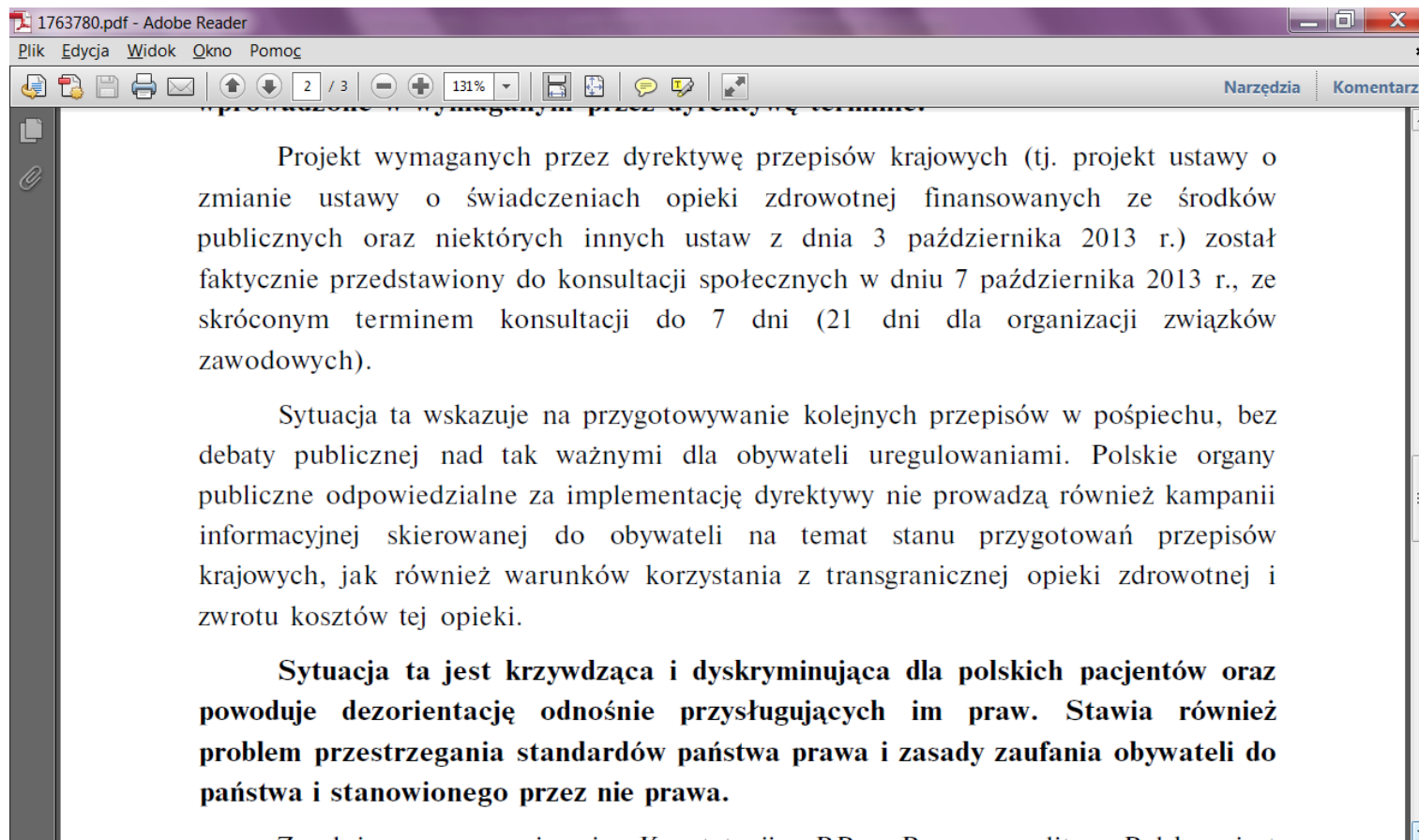
Rządowe Centrum Legislacji



3. Biorąc pod uwagę fakt, że dyrektywa 2011/24/UE, stosownie do treści jej przepisu art. 21 ust. 1, powinna zostać wdrożona do polskiego ustawodawstwa w terminie do dnia 25 października 2013 r. (a zatem, że obecnie możliwe jest bezpośrednie powoływanie się na jej przepisy przez świadczeniobiorców uprawnionych do uzyskania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej) oraz uwzględniając aktualny stan prac legislacyjnych nad przedmiotowym projektem ustawy, należałoby rozważyć wprowadzenie do projektu dodatkowych przepisów przejściowych odnoszących się do zasad zwrotu kosztów świadczeń gwarantowanych udzielonych świadczeniobiorcom na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska kraju Unii Europejskiej, a poniesionych w okresie od dnia 25 października 2013 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

4. Stosownie do postanowień § 10 ust. 7a uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.), do projektu ustawy „dostosowawczej” należy dołączyć projekty aktów wykonawczych,

Rzecznik Praw Obywatelskich



Czy będziemy się leczyć w Europie?



**Dziękujemy za uwagę.
Zapraszamy ponownie.**

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO
PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ

Fundacja MY PACJENCI
email: info@mypacjenci.org
www.mypacjenci.org
tel.fax +48 22 615 57 10
KRS 0000420212
NIP 9522119578
REGON 146134960

